

(様式 7)

年 月 日

栃木県糖尿病療養指導士認定機構
委員長 麻生 好正 様

私、 _____ は

栃木県糖尿病療養指導士として5年間の認定期間を終え、
下記の通りといたくお知らせいたします。

資格を失効する

本用紙は資格を更新しない場合、同封の封筒にてご返送ください。